

様式第1号（第4条関係）

山梨市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

年 月 日

山梨市長 殿

標記の件について、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けたものとの続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは接種を受けた本人、またはその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者		生年	年 月 日	
	氏名	と同じ		月日	現在の年齢（ ）歳	
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価 HPV ワクチン				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価 HPV ワクチン				
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日			
		2回目	年 月 日			
		3回目	年 月 日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計		
2回目		円				
3回目		円	円			
接種医療機関	住所					
	名称					
	電話番号					
※複数の医療機関で接種を受けた場合、下記に名称・住所・連絡先を記載						

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 支所
		金融機関コード					支店コード		
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義人								
依頼人氏名 (申請者氏名)									

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※ 委 任 状	
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名 _____

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、山梨市が必要と認めるときは調査することに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
この申請書を、山梨市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。「はい」の場合、接種を受けた回数と接種を受けた自治体名を右欄にご記載ください。	☐はい ☐いいえ _____回 自治体名 _____
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種日について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	☐はい ☐いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	☐はい ☐いいえ
申請内容に偽りがあった場合や、相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

- ☐被接種者の氏名、住所、生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの） ※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証(両面)などいずれかひとつ
 - ☐振込希望先金融機関の通帳またはキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用として）
 - ☐接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等 ※いずれも原本に限る。）
 - ☐接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
- ※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類提出を求めることがあります。